

## ＜記入例＞

## 介護休業手当金請求書

|                                                                              |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|----------------------|--|--|----------------------------------------------|---|-------|-----------------------------------|-----|---|-----------|---|------------------|------|---|---|
| 令和 6 年 1 月分                                                                  |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 所属所名                                                                         |      | 〇〇〇立〇〇〇学校   |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   | 電話        |   | 03 ( 5320 ) 6827 |      |   |   |
| 組合員<br>職 名                                                                   | 主幹教諭 | 氏 名         | 共済 一郎                |  |  | 組合員証番号                                       | 9 | 8     | 7                                 | 6   | 5 | 4         | 3 | 2                | (枝番) | 0 | 0 |
| 介護休業期間                                                                       |      |             | 変更後の介護休業期間           |  |  | 請求日数                                         |   |       | 〔一日単位で介護休暇を取得した日<br>(週休日及び祝日を除く)〕 |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 令和 5 年 12 月 1 日 から<br>令和 6 年 1 月 31 日 まで                                     |      |             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |  |  | 19 日 (累計 42 /66日)                            |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 介護休業手当金請求期間                                                                  |      |             | 変更後の介護休業手当金請求期間      |  |  | 請求日数の累計を記入<br>＜記入例＞<br>前月までに請求済23日+当月19日=42日 |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 令和 6 年 1 月 1 日 から<br>令和 6 年 1 月 31 日 まで                                      |      |             | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 休業時の給料 (標準報酬月額) (令和 5 年 9 月 1 日適用)                                           |      |             |                      |  |  | 決定金額                                         |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 等 級 (第 27級) 特別支援学級調整 (有・無)                                                   |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 標準報酬の月額 ￥ 530,000                                                            |      |             |                      |  |  | 給付上限日額が適用となる場合は、<br>「上限適用」と記入                |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 組合員の介護を<br>必要とする者                                                            |      | 住 所 (同居・別居) |                      |  |  | 氏 名                                          |   | 共済 法子 |                                   | 続 柄 |   | 義母        |   |                  |      |   |   |
|                                                                              |      | 〇〇県△△市〇-〇-〇 |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 請求金額                                                                         |      |             |                      |  |  | 給付上限日額は原則毎年8月に改定されます。                        |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 標準報酬日額〔標準報酬月額÷22(10円未満四捨五入)〕→ 上限適用                                           |      |             |                      |  |  | A                                            |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 雇用保険法の適用が無い場合は、「無」に✓<br>適用有の場合は、雇用保険の給付が優先されます。                              |      |             |                      |  |  | B                                            |   |       |                                   |     |   | ¥ 294,747 |   |                  |      |   |   |
| 標準報酬日額〔標準報酬月額÷22(10円未満四捨五入)〕→ 15,513                                         |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 給付上限で計算してください。                                                               |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 雇用保険法の適用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |      |             |                      |  |  | 雇用保険法適用有無に✓を記入する。                            |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 上記のとおり請求します。                                                                 |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 公立学校共済組合東京支部長 殿 住所 新宿区西新宿〇-〇-〇                                               |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 令和6 年 2 月 14 日 請求者 署名 共済 一郎                                                  |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。                                                     |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   | 事務取扱者氏名   |   |                  |      |   |   |
| 令和6 年 2 月 15 日                                                               |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   | 厚生 友代     |   |                  |      |   |   |
| 所属所長 職 名 〇〇〇立〇〇〇学校 校長 (公印省略)                                                 |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 氏 名 公立 次美                                                                    |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| [添付書類]                                                                       |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   | 共済組合受付    |   |                  |      |   |   |
| 1 介護休暇承認申請書兼処理簿の(写)                                                          |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 2 出勤簿の(写)                                                                    |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 3 報酬支給額証明書                                                                   |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 4 介護休暇期間に変更があった場合は、変更が確認できる書類                                                |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| ※(写)にはそれぞれ所属所長の原本証明が必要です。                                                    |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 1 月 月 火 水 木 金 土 日                                                            |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 1 2 3 4 5 6 7                                                                |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 8 9 10 11 12 13 14                                                           |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 15 16 17 18 19 20 21                                                         |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 22 23 24 25 26 27 28                                                         |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 29 30 31 ( 19日)                                                              |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   |           |   |                  |      |   |   |
| 控 除 額                                                                        |      |             |                      |  |  |                                              |   |       |                                   |     |   | 円         |   |                  |      |   |   |

## 〔注意事項〕

- 請求書は月単位で提出してください。
- カレンダーに請求月・曜日を記入して、請求日に○をつけ請求日数を記入してください。
- 介護休業手当金は、その対象者が同一の場合、一つの継続した期間に介護休暇を取得したときに一回に限り給付されます。  
介護休暇承認基準と介護休業手当金支給基準は一致しないことがあります。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年1月)